

فرا تحلیل مقایسه اثربخشی درمان‌های موج سوم رفتاری بر افسردگی در ایران: مقایسه درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان مبتنی بر توجه آگاهی و درمان فراشناختی (سال‌های ۱۳۸۰ تا ۱۳۹۶)

مهدی اکبری*^۱ و زهرا سادات حسینی^۲

۱. استادیار روانشناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

۲. دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.

چکیده

مقدمه: در سال‌های اخیر، پژوهش‌های بسیاری، اثربخشی درمان‌های موسوم به «موج سوم رفتاری» را برای اختلال-های افسردگی مورد بررسی قرار داده‌اند. پژوهش حاضر به منظور مقایسه نتایج پژوهش‌های مرتبط با اثربخشی درمان-های مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان‌های مبتنی بر توجه آگاهی و فراشناخت درمانی بر علائم افسردگی جامعه‌ی ایرانی صورت گرفته است.

روش: در این پژوهش از روش فرا تحلیل استفاده گردید و پس از بررسی پژوهش‌های صورت گرفته بین سال‌های ۱۳۸۰ تا ۱۳۹۶، ۶۸ مطالعه که از لحاظ روش شناختی ملاک‌های ورود به فرا تحلیل را داشتند، انتخاب شدند. همچنین در جهت رعایت ملاک‌های ورود و استخراج اطلاعات مربوط به هر مطالعه از چک‌لیست استفاده گردید و در نهایت ۶۹ اندازه اثر گزارش شد.

نتایج: یافته‌های حاصل نشان می‌دهد که درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد، مبتنی بر توجه آگاهی و فراشناخت درمانی به طور معنی دار و در سطح خطای کمتر از ۰/۰۵ بر کاهش علائم افسردگی مؤثر بوده‌اند و اندازه اثر ترکیبی (بر حسب مقیاس تفاوت میانگین‌های استاندارد) آن‌ها به ترتیب ۱/۵۶۵، ۱/۲۰۶ و ۱/۸۳۷ گزارش شده است. همچنین مطالعه متغیر نوع درمان به عنوان متغیر تعدیل کننده و مقایسه دو به دو درمان‌های فوق نشان داد که تنها فراشناخت درمانی نسبت به درمان‌های مبتنی بر توجه آگاهی در کاهش نشانه‌های افسردگی بهتر عمل می‌کند.

بحث و نتیجه گیری: با توجه به یافته‌ها می‌توان چنین گفت که درمان‌های موج سوم رفتاری، به خصوص درمان‌های فراشناخت درمانی بر کاهش نشانه‌های افسردگی مؤثر هستند، همچنین پیشنهاد می‌گردد تا در پژوهش‌های آینده درمان‌های موج سوم با دیگر درمان‌های دارای حمایت تجربی نیز مورد مقایسه قرار گیرند.

کلیدواژه‌ها: فرا تحلیل، افسردگی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان‌های مبتنی بر توجه آگاهی، فراشناخت درمانی.

*Email: m.akbari@khu.ac.ir

نشریه علمی

روانشناسی بالینی و شخصیت

دوره ۱۷، شماره ۱، پیاپی ۳۲
بهار و تابستان ۱۳۹۸
صص: ۱۷۵-۱۸۹

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۱۲/۰۶

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۳/۱۲

مقاله پژوهشی

Journal of

Clinical Psychology & Personality

Vol. 17, No. 1, Serial 32

Spring & Summer
2019

pp.: 175-189

مقدمه

اختلال‌های روانشناختی حدود ۲۰ درصد از ناتوانی‌ها و مرگ‌های زودرس را به خود اختصاص می‌دهند [۱] و در میان اختلال‌های روانشناختی، اختلال‌های افسردگی، به‌طور کلی با شیوع ۱۷ تا ۲۲ درصد از شایع‌ترین اختلال‌های روانشناختی محسوب می‌شوند [۲]. در حال حاضر افسردگی، چهارمین بیماری شایع جهان محسوب می‌شود و بر اساس اعلام سازمان جهانی بهداشت، نزدیک به ۴۰۰ میلیون نفر در دنیا از افسردگی رنج می‌برند. پیش‌بینی سازمان جهانی بهداشت حاکی از آن است که تا سال ۲۰۲۰، افسردگی در بین تمام بیماری‌ها، مقام دوم را از نظر آسیب‌های ناشی از بیماری خواهد داشت [۳ و ۴]. به‌طور تقریبی دو سوم از بیماران افسرده افکار خودکشی دارند و ۱۰ تا ۱۵ درصد آن‌ها از طریق خودکشی به زندگی خود پایان می‌دهند [۲]. با توجه به شیوع بالا، عودهای مکرر، مزمن بودن، ایجاد هزینه‌های مستقیم افسردگی بر سیستم بهداشتی جامعه ضرورت توجه به مداخلات درمانی در این حوزه اهمیت ویژه‌ای دارد [۵].

در سه دهه اخیر، بیش از ۲۳۰ پژوهش به بررسی و مقایسه اثربخشی درمان‌های روانشناختی در مقایسه با گروه کنترل پرداخته‌اند [۶] و نتایج حاصل از آن‌ها نمایانگر اثربخشی معنی‌دار درمان‌های فوق بر بهبودی علائم افسردگی است [۷]. از بین درمان‌های روانشناختی نیز، درمان شناختی رفتاری، بیشترین حمایت تجربی را در درمان این اختلال به خود اختصاص داده است [۷]، اما گاهی درمان شناختی رفتاری کلاسیک با تمام تأثیرات مثبتی که تاکنون داشته، نمی‌تواند پاسخگوی بعضی از مشکلات این بیماران باشد [۸]، زیرا در درمان شناختی رفتاری، تکیه اصلی بر طرحواره‌های ناکارآمد است و درمانگران این حوزه بر این اعتقاد است که وجود این باورهای نادرست منجر به مسائل و مشکلات هیجانی و رفتاری در افراد می‌شود. اما در مواردی مشاهده می‌شود که بیماران در مورد وجود افکار نادرست و همچنین منطق صحیح شناختی آگاهی دارند، اما قادر به عمل بر اساس این باورهای منطقی خود نمی‌باشند، زیرا احساس بیماران همسو با این باورها نیست [۹]. در طول چهار دهه گذشته، درمان شناختی رفتاری با توجه به مسائل روزافزون روانشناختی و ناکافی بودن مدل‌های نظری کلاسیک در تبیین آسیب‌شناسی و ارائه مداخلات مناسب و مؤثر، با کاستی‌های فراوانی روبرو بوده است و در طی این چهار دهه رویکرد شناختی رفتاری به سمت ارائه مدل‌های نظری و

درمانی پیچیده رفته است و با ظهور موج سوم درمان شناختی رفتاری نظیر رفتاردرمانی دیالکتیکی، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، درمان فراشناختی، درمان مبتنی بر توجه‌آگاهی، درمان فعال‌سازی رفتاری صورت‌بندی خاصی پیدا کرده است [۱۰]. نگاه عمیق‌تر و «فرآیندی» به آسیب‌شناسی شناختی رفتاری، به‌جای درج‌کردن در «محتوای» شناخت‌واره‌ها، توجه به نقش ارزش‌ها، زبان، بافتار، پذیرش و برخی مفاهیم پایه‌ای دیگر، جایگاه ویژه‌ای به درمان‌های موج سوم بخشیده است [۱۰]. به‌عبارت دیگر، درمان‌های موج سوم سعی بر آن دارند تا با تلفیق روش‌هایی مانند فنون مراقبه و تفکر نظاره‌گر با رفتاردرمانی شناختی سنتی پروتکل‌های مؤثری را ارائه دهند. از این‌رو مطالعه و بررسی اثربخشی این طیف از درمان‌ها از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است [۱۱].

از بین درمان‌های موج سوم، درمان فراشناختی، مبتنی بر تعهد و پذیرش و مبتنی بر توجه‌آگاهی نسبت به سایر رویکردهای درمانی این حوزه، در زمینه درمان افسردگی جزء درمان‌های مطرح محسوب می‌گردند. اگرچه این درمان‌ها در برخی فرآیندهای بنیادین شباهتی با هم داشته، اما هر یک الگو و مکانیسم درمانی مختص به خودشان را دارند. هر یک از این رویکردهای درمانی، مدعی هستند که در کاهش علائم افسردگی مؤثر عمل می‌کنند. در ادامه به‌طور مختصر به مکانیسم درمانی هر یک از روش‌های درمانی مذکور به همراه پژوهش‌های انجام شده در مورد اثربخشی آن‌ها پرداخته می‌شود.

از دیدگاه درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش [۱۰] افسردگی برآیند ارتباطات ناپه‌نجاری است که بین هیجان، شناخت و رفتار در اثر فرایندهایی مانند اجتناب تجربه-گرایانه و همجوشی شناختی به وجود می‌آیند. اجتناب تجربه‌گرایانه به این معنی است که فرد به‌صورت ذهنی در حال اجتناب از احساسات خود خواهد بود و این منجر به منع فرد از زندگی مبتنی بر اهداف ارزشمندش می‌گردد. همجوشی شناختی ناشی از غلبه یافتن محرک‌های کلامی/شناختی در تنظیم رفتاری می‌باشد. در چنین حالتی بیمار با واقع‌انگاری^۱ که نسبت به محرک‌های زبانی (برای مثال افکار بی‌کفایتی) دارد، به‌نوعی با آن‌ها همانندسازی می‌کند و تمام رفتارهای او در جهت قرار می‌گیرد که به این واقعیت زبان ساخته پاسخ عینی بدهد [۱۲]. نتایج برخی پژوهش‌ها [۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱ و ۲۲]، حاکی از اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش

^۱ Literal

بر کاهش علائم افسردگی می‌باشند.

درمان مبتنی بر توجه‌آگاهی از دیگر درمان‌های موج سوم است که توسط تیزدل^۱، سگال^۲ و ویلیامز^۳ [۲۳] در ابتدا اختصاصاً برای پیشگیری از عود افسردگی طراحی شد. بر اساس این دیدگاه، افرادی که دوره‌های افسردگی را تجربه کرده‌اند، نسبت به حالت‌های ملایم خلق ملال‌انگیز آسیب‌پذیرند و این حالت‌ها ممکن است، الگوهای تفکر افسرده را که مربوط به دوره یا دوره‌های قبلی افسردگی است، مجدداً فعال سازند. افراد در طی این درمان یاد می‌گیرند که افکار و احساسات خود را بدون قضاوت مشاهده کنند و آن‌ها را، صرفاً، رویدادهای ذهنی در نظر بگیرند که در حال رفت‌وآمد هستند و جنبه‌هایی از خودشان و یا لزوماً نمودار واقعیت نیستند [۶]. نتایج پژوهش‌های [۲۴، ۲۵ و ۲۶] از اثربخشی درمان مبتنی بر توجه‌آگاهی برای افسردگی حمایت می‌کند.

درمان فراشناختی به‌عنوان یکی از درمان‌های موج سوم مدعی در کاهش علائم افسردگی، بر نظریه بنیادین «مدل کارکرد اجرایی خودتنظیمی» متمرکز است [۱۰]. در درمان فراشناختی به نشخوار فکری به‌صورت پاسخ مقابله‌ای نگریسته می‌شود که در ابتدا با انگیزه‌های مثبت (فعال شدن باورهای فراشناختی مثبت) برانگیخته می‌گردد، اما هرچه مدت‌زمان استفاده از این شیوه توجه متمرکز بر خود (نشخوار فکری) افزایش یابد، زمینه شکل‌گیری نگاه منفی نسبت به اثرات نشخوار فکری در فرد عارض می‌گردد که این پیام را برای او دارند که این فرایندها غیرقابل کنترل و مضر هستند (فعال شدن باورهای فراشناختی منفی). آسیب‌پذیری نسبت به افسردگی در مدل فراشناختی به‌طور خلاصه با فعال شدن سندروم شناختی توجهی در پاسخ به اختلال خلقی یا استرس قابل‌ردیابی است و این عامل نیز به نوبه خود با تفاوت‌های فردی در باورهای فراشناختی و میزان پیاده‌سازی کنترل اجرایی انعطاف‌پذیرانه بر روی پردازش مرتبط است [۲۷]. یافته‌های پژوهش‌های مختلف [۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۲ و ۳۳] نیز با اثربخشی درمان فراشناختی در کاهش علائم افسردگی همسو است.

علیرغم شباهت‌های زیاد این درمان‌های موج سوم، تفاوت‌هایی هم با هم دارند. برای مثال اگرچه در یک نگاه کلی درمان فراشناختی با درمان مبتنی بر توجه‌آگاهی شبیه هم هستند، اما این دو رویکرد در برخی مفاهیم درمانی

تفاوت‌های جدی دارند. در درمان فراشناختی به‌طور ویژه بر روی کاهش فراوانی نشخوار فکری تأکید می‌شود، در حالی که درمان مبتنی بر توجه‌آگاهی، تأکید ویژه‌ای بر روی کاهش قضاوتگری دارد [۳۴]. در درمان فراشناختی از تکنیکی مانند آموزش توجه به‌عنوان یک پاسخ مقابله‌ای که در برابر افکار و حالات هیجانی خاصی به کار گرفته شوند، استفاده نمی‌شود، بلکه آن نوعی راهبرد آموزشی عمومی است که تنها در دوره‌ی درمان در زمان‌های خاصی آموزش داده می‌شود و هدف از به‌کارگیری آن ایجاد حالاتی از پذیرش یا آگاهی گسترده از لحظه حال نمی‌باشد، بلکه هدف در اینجا تقویت کنترل اجرایی است [۲۷]. علاوه بر این، مسئله پذیرش در درمان‌های مبتنی بر تعهد و پذیرش و توجه‌آگاهی نسبت به درمان فراشناختی بسیار پررنگ‌تر است و به عبارتی، دید آسیب‌شناسانه در درمان فراشناختی غالب‌تر است، در حالی که در درمان‌هایی مانند درمان مبتنی بر توجه‌آگاهی و تعهد و پذیرش، نگاه روانشناسی مثبت و بهنجارنگری بیشتری قابل مشاهده است. آنچه درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش را از درمان‌های فراشناختی و توجه‌آگاهی متمایز می‌کند، تکیه این درمان بر نقش ارزش‌ها می‌باشد. در درمان‌های مبتنی بر پذیرش، مراجعان به تعهد نسبت به رفتار ارزشمند و تمایل به انجام دادن آن، در عین داشتن احساسات ناخوشایند، ترغیب می‌شوند. کمبود ارزش‌ها یا سردرگمی در تعیین اهداف همخوان با ارزش‌ها، منجر به انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی می‌شود [۱۰].

با توجه به آنچه مطرح شد، تأثیر درمان‌های موسوم به موج سوم مانند درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، درمان فراشناختی و درمان مبتنی بر توجه‌آگاهی بر کاهش علائم افسردگی مورد توافق پژوهشگران داخلی و خارجی بسیاری است، ولی پژوهشگران تاکنون در ایران و خارج از کشور در مورد مقدار تأثیر این روش‌های درمانی بر کاهش علائم افسردگی به توافق نرسیده‌اند و هر کدام اندازه اثر مختلفی را در مطالعات خود گزارش کرده‌اند. در ایران پژوهش‌های مختلفی در این حوزه انجام شده است که هر کدام به بررسی نوع خاصی از درمان‌های موج سوم برای افسردگی پرداخته و از نمونه‌های متفاوتی استفاده کرده است و گاهی اوقات نتیجه‌گیری‌های متفاوتی به دست آمده است. از جمله پژوهش‌هایی که در ایران در مورد درمان‌های موج سوم درباره اختلال‌ها و علائم افسردگی انجام شده است می‌توان به برخی پژوهش‌ها [۲۰، ۲۱، ۲۲ و ۳۵]، اشاره کرد که اندازه اثرهای مختلفی را در کاهش علائم افسردگی گزارش کرده‌اند. کشور ایران هم‌اکنون یکی از کشورهای جوان

¹ Teasdale

² Segal

³ Williams

۱۳۸۰ تا ۱۳۹۶ در نظر گرفته شده است، همچنین ملاک خروج پژوهش نیز، استفاده از ابزار پژوهشی نامعتبر (محقق ساخته یا عدم بررسی و گزارش روایی و اعتبار) و یا غیر کمی (مصاحبه یا مشاهده)، بوده است.

ابزارهای پژوهش

۱) چک لیست: به منظور انتخاب مطالعات پژوهشی دارای ملاک‌های ورود و جمع‌آوری اطلاعات لازم جهت انجام فراتحلیل از چک‌لیست تحلیل محتوا^۱ استفاده گردیده است.

۲) نرم افزار جامع فراتحلیل: به منظور محاسبه اندازه اثر از نرم‌افزار جامع فراتحلیل^۲ استفاده گردید.

شیوه انجام پژوهش

با توجه به این که پژوهش حاضر از نوع فراتحلیل است، در ابتدا با جستجوی کلید واژه‌های افسردگی، پذیرش و تعهد، توجه آگاهی و فراشناخت در پایگاه‌های اطلاعاتی مطرح شده و با مرور و بررسی پیشینه آن‌ها، بدون احتساب مطالعه‌های تکراری، ۸۰ پژوهش جمع‌آوری گردید. در گام بعدی و پس از مطالعه چکیده پژوهش‌ها و در نظر گرفتن ملاکهای ورود و خروج تعداد ۶۸ پژوهش به صورت نهایی انتخاب شد. در انتهای امر، داده‌ها و اطلاعات ضروری پژوهش‌های فوق استخراج و پس از ورود به نرم افزار جامع فراتحلیل جهت محاسبه اندازه اثر به کار گرفته شد.

شیوه تحلیل داده‌ها

در پژوهش‌های فراتحلیل گزارش و تحلیل اندازه اثر رکن اصلی پژوهش محسوب می‌گردد. در این پژوهش نیز پس از محاسبه اندازه اثر توسط نرم افزار جامع فراتحلیل، بزرگی آن با استفاده از جدول کوهن مورد بررسی قرار گرفت. همچنین برای بررسی سوگیری انتشار از روش نمودار قیفی^۳ [۳۷]، برای تعیین تعداد پژوهش‌های گم شده از آزمون این ایمن از خطا^۴ [۳۸]، برای بررسی متغیر تعدیل کننده از آزمون ناهمگونی^۵ [۳۹] و برای برآورد اندازه اثر کلی از مدل اثرات تصادفی استفاده شده است [۴۰].

نتایج

همان‌گونه که در بخش روش به آن اشاره شد، تعداد ۶۸

جهان محسوب می‌شود و از آنجایی که افسردگی به‌طور اساسی نسل جوان و فعال هر جامعه‌ای را تهدید می‌کند و ایران نیز از این مسأله مبرا نیست، بنابراین نیاز به اتخاذ یک تصمیم جدید در زمینه پیشگیری از این اختلال و ارائه راهبردهای درمانی مؤثر و اثربخش ضرورت دارد. از این‌رو به نظر می‌رسد، انجام یک فراتحلیل، ضمن بازنگری پژوهش‌های پیشین، نتایج آن‌ها را ترکیب و به شفاف ساختن مقدار واقعی تأثیر این رویکردها بر کاهش علائم افسردگی کمک شایانی خواهد کرد. بر همین اساس، هدف پژوهش حاضر این بود که با استفاده از روش فراتحلیل، میزان اثربخشی درمان‌های موج سوم شناختی رفتاری مانند درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، درمان فراشناختی و درمان مبتنی بر توجه آگاهی بر کاهش علائم افسردگی و مقایسه آن‌ها، در سال‌های ۱۳۹۶-۱۳۸۰، در ایران بررسی شود.

روش

نوع پژوهش

در پژوهش حاضر با توجه به عنوان و هدف موردنظر روش فراتحلیل به‌کار گرفته شده است. روش فراتحلیل با استفاده از ترکیب و تلفیق یافته‌های کمی و گزارش اندازه اثر، امکان مقایسه اثربخشی درمان‌های فوق را فراهم می‌کند [۳۶].

آزمودنی

الف) جامعه آماری: این پژوهش را تمام مطالعاتی تشکیل می‌دهد که توسط محققین حوزه درمان، با موضوع بررسی اثربخشی یکی از درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد، مبتنی بر توجه آگاهی و درمان فراشناخت بر افسردگی صورت گرفته است و بین سال‌های ۱۳۸۰ تا ۱۳۹۶ در مجلات معتبر به چاپ رسیده‌اند.

ب) نمونه پژوهش: به‌منظور یافتن پژوهش‌های مرتبط با تحقیق با استفاده از کلیدواژه‌های افسردگی، پذیرش و تعهد، توجه آگاهی و فراشناخت، از منابع پژوهشگاه علوم و فناوری اطلاعات ایران، پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی، بانک اطلاعات نشریات کشور و جستجوگر گوگل استفاده گردید.

معیارهای ورود و خروج:

ملاک‌های ورود به پژوهش حاضر، طرح آزمایشی کامل، شبه آزمایشی یا نیمه آزمایشی، استفاده از پیش‌آزمون، استفاده از گروه کنترل، اجرا در گروه سنی بالای ۱۵ سال، داشتن دست‌کم ۸ آزمودنی در هر گروه، گزارش اندازه اثر با اطلاعات لازم برای محاسبه آن و چاپ اثر بین سالهای

¹ Content Analysis Checklist

² Comprehensive Meta Analysis-V2(CMA2)

³ Funnel Plot

⁴ Safe-Fail N

⁵ Heterogeneity

فراشناخت درمانی از دو پرسشنامه متفاوت استفاده شده بود، بنابراین دو اندازه اثر از آن استخراج گردید، بنابراین تعداد نهایی اندازه اثرهای گزارش شده ۶۹ عدد می‌باشد.

پژوهش که دارای شرایط مطلوبی بودند گزینش شدند. مشخصات توصیفی پژوهش‌ها به همراه اندازه اثرشان به تفکیک نوع درمان در جدول‌های (۱)، (۲) و (۳) ذکر شده است. لازم به ذکر است که در یکی از پژوهش‌های

جدول ۱. اطلاعات توصیفی پژوهش‌های حوزه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به همراه اندازه اثر هر پژوهش

ردیف	پژوهش	پرسشنامه	مقدار آماره	d
۱	اشجع و همکاران [۴۱]	بک	(F)۴۲/۱۰۰	۱/۵۴
۲	علوی‌زاده و شاکریان [۱۹]	داس ^۱ -۲۱	(F)۱۱/۰۱۰۰	۲/۹۱۱
۳	عازمی زینال و همکاران [۴۲]	بک	(t)۱۱/۸۸۰۰	۴/۲۶۳
۴	عزیزی و قاسمی [۲۰]	بک	(F)۴۲/۵۹۰۰	۸/۵۰۷
۵	برادران و همکاران [۴۳]	داس	(F)۴۲/۰۹۰۰	۱/۶۰۰
۶	دهقانی [۴۴]	بک	(F)۶/۶۱۰۰	۱/۴۵۸
۷	بسنامی و همکاران [۴۵]	داس-۲۱	(F)۳۴/۹۳۰۰	۴/۱۴۸
۸	بهرروز و همکاران [۴۶]	داس-۲۱	(F)۲۷/۴۵۰۰	۱/۴۲۴
۹	چراغیان و همکاران [۴۷]	بک	(F)۵۹/۵۰۰	۱/۵۱۲
۱۰	درگاهی و مجتبابی [۴۸]	بک	(F)۱۰/۵۳۰۰	۱/۹۲۹
۱۱	غلامحسینی و همکاران [۴۹]	بک	(t)۱۶/۹۰۰۰	۱/۲۹۰
۱۲	حر و همکاران [۵۰]	بک	(F)۲۰/۵۱۰۰	۱/۳۰۵
۱۳	ایران‌دوست و همکاران [۵۱]	فرم کوتاه رادلف	(F)۳۲/۷۰۰	۱/۲۲۱
۱۴	ایزدی و همکاران [۵۲]	بک	(F)۸/۹۴۰۰	۶/۵۱۳
۱۵	مولوی و همکاران [۵۳]	بک	(F)۱۰/۷۰۱۰۰	۲/۸۲۶
۱۶	نیکوگفتار و خانعلی‌لو [۲۱]	بک	(F)۳۲/۱۰۰	۰/۷۸۱
۱۷	رجبی و یزدخواستی [۵۴]	بک	(F)۳۰/۲۰۰۰	۱/۱۷۳
۱۸	صبور و کاکابرابی [۲۲]	داس-۲۱	(F)۲۷/۴۵۰۰	۱/۴۵۸
۱۹	تاجور رستمی و همکاران [۵۵]	بک	(F)۲۸/۹۵۰۰	۱/۳۸۷

*سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ ** سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۱

جدول ۲. اطلاعات توصیفی پژوهش‌های حوزه درمان مبتنی بر توجه آگاهی به همراه اندازه اثر هر پژوهش

ردیف	پژوهش	پرسشنامه	مقدار آماره	d
۱	کاوپانی و همکاران [۳۵]	بک	(F)۲۵/۱۷۰۰	۱/۲۴۷
۲	جهانگیرپور و همکاران [۵۶]	بک	(F)۲۵/۷۱۰۰	۰/۸۲۶
۳	آذرگون و کجیاف [۲۶]	بک	گزارش نشده	۲/۷۰۴
۴	مرادیانی گیزه رود و همکاران [۵۷]	بک	(F)۴۳/۴۴۰۰	۰/۵۶۸
۵	نادری و همکاران [۵۸]	بک	(F)۲۲/۲۷۰۰	۱/۸۲۶
۶	صیدی و همکاران [۵۹]	بک	(F)۰/۵۷۳	۰/۲۸۶
۷	محمدی و همکاران [۶۰]	بک	(F)۹/۷۵۰۰	۰/۶۲۰
۸	عبدالقادری و همکاران [۶۱]	داس-۲۱	گزارش نشده	۱/۱۵۸
۹	والا و همکاران [۶۲]	داس-۲۱	(F)۱۴/۲۵	۱/۲۹۹
۱۰	نریمانی و همکاران [۶۳]	افسردگی-شادکامی	(F)۳۴/۶۵۰۰	۱/۰۱۹
۱۱	ستارپور و همکاران [۶۴]	فرم کوتاه بک	گزارش نشده	۲/۵۵۴
۱۲	تیموری و همکاران [۶۵]	بک	(F)۷/۹۶۷۰۰	۱/۱۷۵
۱۳	خالقی پور و زرگر [۶۶]	بک-۲	(F)۱۴/۲۶۰۰	۲/۰۱۶
۱۴	حمیدیان و همکاران [۶۷]	بک-۲	(F)۲۱/۹۰۰	۱/۰۳۸
۱۵	مهدوی و همکاران [۶۸]	بک-۲	(F)۲/۰۱۳۰	۰/۵۷۹

^۱ DASS

ردیف	پژوهش	پرسشنامه	مقدار آماره	d
۱۶	کاویانی و همکاران [۶۹]	بک	(F)۲۵/۱۷ ^{oo}	۱/۲۴۷
۱۷	داداشعلی و رحمتی [۷۰]	داس-۲۱	(F)۴۶/۵۶ ^{oo}	۱/۸۰۷
۱۸	طالبی زاده و همکاران [۷۱]	بک - ۲	(F)۶/۸ ^o	۱/۶۳۸
۱۹	آقا یوسفی و همکاران [۷۲]	داس-۲۱	(F)۱۵/۲۷ ^{oo}	۴/۰۹۷
۲۰	نادری و همکاران [۷۳]	بک - ۲	(F)۱۲۲/۷۵ ^{oo}	۱/۹۶۴
۲۱	کاظمی [۷۴]	داس-۲۱	(F)۱۱/۴۳ ^{oo}	۴/۳۲۲
۲۲	آزاد مرزآبادی و همکاران [۷۵]	اس سی ال - ۹۰	(F)۶/۴۳ ^{oo}	۰/۴۵۷
۲۳	نریمانی و همکاران [۷۶]	سلامت عمومی	گزارش نشده	۱/۴۷۰
۲۴	شیرین‌زاده دستگیری و همکاران [۷۷]	بک - ۲	(F)۱۰/۰۴ ^{oo}	۳/۲۸۳
۲۵	مهری نژاد و همکاران [۷۸]	بک - ۲	گزارش نشده	۱/۵۹۴
۲۶	کاظمیان [۷۹]	سلامت عمومی	(F)۶/۳۲ ^{oo}	۱/۵۵۲
۲۷	شریفی درآمدی [۸۰]	اس سی ال - ۹۰	(F)۶/۱۵ ^o	۰/۶۳۷
۲۸	حبیبی و حناساب‌زاده [۸۱]	داس-۲۱	(F)۱۶۰/۹۱ ^{oo}	۶/۱۶۴
۲۹	فیضه و همکاران [۸۲]	داس-۲۱	(F)۱۸/۶۳ ^{oo}	۷/۳۷
۳۰	معصومیان و همکاران [۸۳]	داس-۲۱		۲/۰۸۹
۳۱	عسکری و همکاران [۸۴]	نشانیگان مختصر	گزارش نشده	۰/۵۱۹
۳۲	فرهادی و همکاران [۸۵]	بک	(F)۴۷۹/۷۸ ^{oo}	۴/۱۹۱
۳۳	قمری کیوی و همکاران [۸۶]	اس سی ال - ۹۰	(F)۸/۳۹ ^{oo}	۳/۴۸۹

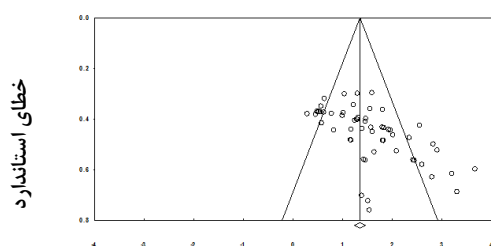
*سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ ** سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۱

جدول ۳. اطلاعات توصیفی پژوهش‌های حوزه فراشناخت درمانی به همراه اندازه اثر هر پژوهش

ردیف	پژوهش	ابزار	مقدار آماره	D
۱	یعقوبی عسگرآباد و همکاران [۸۷]	بک	(F)۱۸۴/۸ ^{oo}	۳/۲۰۲
۲	زمستانی و همکاران [۸۸]	بک	(F)۲۰۰/۳ ^{oo}	۵/۴۱۹
۳	عاشوری [۳۳]	بک	(F)۹/۷۷۳ ^{oo}	۰/۰۸۹
۴	عاشوری [۸۹]	بک	(F)۱۳۱/۲۶ ^{oo}	۲/۳۴۷
۵	بختیاری و عابدی [۹۰]	بک	(F)۳۶/۷۵ ^{oo}	۱/۸
۶	بختیاری و عابدی [۹۱]	بک	(F)۱۷/۷۶ ^{oo}	۰/۴۸۸
۷	قدم پور و همکاران [۳۲]	بک	(F)۵/۵۱۲ ^o	۰/۵۱۴
۸	حسنوندی و همکاران [۹۲]	بک	(F)۲۳۳/۸۳ ^{oo}	۱/۵۷۷
۹	پرهون و همکاران [۹۳]	هامیلتون	(F)۲۷۳/۰۸ ^{oo}	۲/۶۰۱
۱۰	محمد پور و همکاران [۹۴]	بک	(F)۶۹/۰۶ ^{oo}	۴/۵۰۶
۱۱	پرهون و همکاران [۹۳]	بک	(F)۳۹۲/۳۸ ^{oo}	۲/۴۲۲
۱۲	پوراابراهیمی و همکاران [۹۵]	بک	(F)۲۷/۴۲ ^{oo}	۳/۳۰۸
۱۳	رضوی زاده تبادکان و شاره [۹۶]	بک	(t)۴/۵۵ ^{oo}	۱/۳۱۳
۱۴	سبزیان [۹۷]	بک	(F)۹۷/۴۲ ^{oo}	۰/۹۹۷
۱۵	خوش‌لهجه صدق [۹۸]	بک	(F)۲۱۰/۴۴ ^{oo}	۳/۶۷۲
۱۶	شاکری و همکاران [۹۹]	بک	(F)۲۵/۱۰ ^{oo}	۲/۴۴۹
۱۷	شاره و همکاران [۱۰۰]	بک	(F)۱۲۲/۶ ^{oo}	۲/۸۰۵

*سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ ** سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۱

پی آن نمودار کیفی به‌طور نسبی بهبود یافت.



شکل ۲. نمودار کیفی پس از تحلیل حساسیت

همچنین بر اساس شاخص تعداد ایمن از خطا مشخص گردید که اندازه اثر ترکیبی محاسبه شده، پس از ورود ۹۴۵۳ پژوهش با اندازه اثر صفر به پژوهش‌های حاضر، غیر معنی‌دار می‌شود، بنابراین این تعداد بالا نشان می‌دهد که اندازه اثر فراتحلیل حاضر قابل اعتماد است. با توجه به اهداف پژوهش، قبل از محاسبه اندازه اثر ترکیبی لازم است تا ناهمگونی پژوهش مورد بررسی قرار بگیرد. در این راستا از آزمون‌های I^2 و Q استفاده گردید. طبق ملاک هيجینز^۲ [۱۰۲]، مقادیر I^2 بالای ۷۵٪ به‌عنوان ناهمگونی بالا تفسیر می‌گردد. در این پژوهش، مقادیر Q و I^2 به ترتیب ۱۵۸/۷۶۹ و ۶۳/۹۸۱ به‌دست آمده است که با درجه آزادی ۵۵ در سطح خطای کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار بوده است، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که ناهمگونی به‌طور معنی‌دار وجود دارد. منابع گوناگونی مانند وجود متغیر تعدیل‌کننده می‌تواند منجر به وجود ناهمگونی شود. در پژوهش حاضر این امکان وجود دارد که روش درمانی به‌عنوان یکی از منابع اصلی ناهمگونی مذکور نقش داشته باشد، از این‌رو نقش روش درمانی به‌عنوان متغیر تعدیل‌کننده مورد بررسی قرار گرفت و نتایج آن در جدول (۴) گزارش گردید.

جدول ۴. شاخص‌های همگونی برای سه روش درمانی

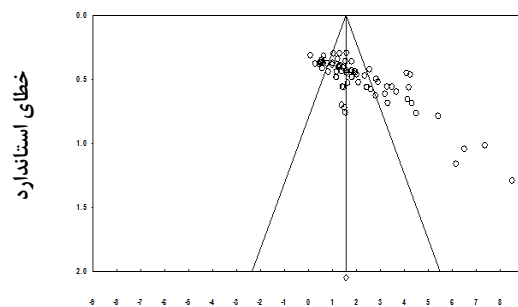
نوع ناهنجاری	Q	درجه آزادی	سطح معنی داری	مجذور I
درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد	۲۰/۵۵۶	۱۴	۰/۱۱۴	۳۱/۸۹۵
درمان‌های مبتنی بر توجه آگاهی	۶۱/۷۵۴	۲۵	۰/۰۰۰	۵۵/۹۱۳
درمان فراشناخت	۵۹/۸۰۲	۱۳	۰/۰۰۰	۷۸/۳۹۸

طبق جدول (۴)، پس از تفکیک پژوهش‌های اولیه به سه زیرگروه درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد، مبتنی بر

قبل از تجزیه و تحلیل نتایج هر پژوهش لازم است تا یکی از مهم‌ترین پیش‌فرض‌ها، عدم وجود سوگیری در داده‌ها، مورد مطالعه قرار گیرد. پژوهش فراتحلیل نیز از این امر مستثنی نمی‌باشد. یکی از مطرح‌ترین و مهم‌ترین انواع سوگیری در روش فراتحلیل سوگیری انتشار است.

سوگیری انتشار ناشی از آن است که چاپ و انتشار پژوهش‌ها به‌شدت به ماهیت و جهت‌گیری نتایجشان وابسته است، بنابراین این واقعیت وجود دارد که پژوهش‌هایی که نتایج‌شان مثبت و معنی‌دار هستند بیش از دیگر پژوهش‌ها که عدم وجود رابطه‌ی معنی‌دار را گزارش می‌دهند، مورد توجه قرار می‌گیرند [۱۰۱].

در این راستا لازم است تا ابتدا اندازه اثرهای پرت که منجر به سوگیری پژوهش شده‌اند شناسایی شوند. در این پژوهش برای شناسایی سوگیری و تورش از نمودار کیفی استفاده شده است [۳۷]. در صورتی که نمودار فوق نامتقارن باشد، دال بر وجود سوگیری می‌باشد. در شکل (۱)، نمودار کیفی پژوهش حاضر نشان داده شده است.



تفاوت میانگین استاندارد

شکل ۱. نمودار کیفی برای بررسی سوگیری انتشار

همان‌طور که مشخص است وجود تعدادی از پژوهش‌ها با اندازه اثرهای پرت منجر به ایجاد سوگیری شده است. در این راستا برای رفع سوگیری از تحلیل حساسیت^۱ استفاده گردید و نتایج برخی پژوهش‌ها [۳، ۴، ۷ و ۱۴] از حوزه درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد و برخی پژوهش‌ها [۱۹، ۲۱، ۲۴، ۲۸، ۲۹، ۳۲، ۳۳] از حوزه درمان مبتنی بر توجه آگاهی و برخی پژوهش‌های دیگر [۲، ۳ و ۱۰] از حوزه فراشناخت درمانی از تحلیل کنار گذاشته شدند و در

^۲ Higgins

^۱ Sensitivity Analysis

نیز پژوهشی به صورت فراتحلیل توسط رویز^۱ [۱۰۴] صورت گرفته است. میزان اثربخشی به دست آمده در پژوهش فوق، معنی‌دار و میزان آن ۰/۲۷ گزارش شده است که طبق جدول کوهن اندازه اثر پایینی محسوب می‌گردد، بنابراین با نتایج به دست آمده در این پژوهش ناهمخوان است، چرا که اندازه اثر پژوهش حاضر جزء اندازه اثرهای بالا طبقه‌بندی می‌شود. یافته‌ها در حوزه فرانشناخت درمانی نیز با یافته‌های فراتحلیل [۱۰۵]، همسو است. در پژوهش فوق، اندازه اثر فرانشناخت درمانی بر افسردگی بر حسب مقیاس جی هجز ۱/۳۹ گزارش شده است که در سطح $p < 0/001$ معنی‌دار است. همچنین در پژوهش دیگر میزان اثربخشی فرانشناخت درمانی بر افسردگی با اندازه اثر ($d=2/51$) گزارش شده است [۱۰۶].

بنابراین با استناد به نتایج پژوهش حاضر می‌توان گفت، هر سه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان‌های مبتنی بر توجه آگاهی و درمان فرانشناخت قادرند با تکیه بر مفاهیم و تکنیک‌هایی چون پذیرش، عدم قضاوت‌گری و توجه آگاهی انحصالی نقشی مثبت در بهبود و کاهش نشانه‌های افسردگی ایفا نمایند.

در ارتباط با تبیین این یافته (اندازه اثر بالای سه درمان مورد بررسی) ابتدا سعی بر آن است تا دلایل احتمالی اثربخشی بیشتر این نسل جدید درمان‌های شناختی رفتاری نسبت به نسل قبلی این درمان‌ها (درمان شناختی رفتاری کلاسیک) مطرح گردد. اول آن که در بسیاری از موارد، چالش با افکار و فرضیات ناکارآمد بیمار نه تنها نمی‌تواند او را به غلط بودن فکر او قانع کند، بلکه ممکن است این حس را که او تا چه حد بی‌کفایت است را دامن بزند [۱۰۷]. عامل بعدی آن که در بسیاری از مواقع پاسخ‌های منطقی به صورت عبارت‌های باید، حتماً و اجبار می‌باشد که خود به‌تنهایی ممکن است موجب استرس بیمار گردد. دوم اینکه چون پاسخ منطقی برای بیمار مانند مویرگ امیدی است، در صورت نرسیدن خون به آن که در این‌جا همان شواهد درست برای تأیید تفکر منطقی می‌باشد، آنگاه خوش‌بینی از بین می‌رود و نمی‌تواند اعتبار افکار منفی را زیر سؤال ببرد. از طرفی دیگر اگر چنین فردی از لحاظ خلق هم در وضعیت مناسب نباشد، دوباره یک دوره کامل افسردگی را تجربه می‌کند. شواهد پژوهشی نیز حاکی از آن است که حداقل این افراد برای برگشت دوباره به لحظه حال، پیش از غرق شدن در افکار نشخواری نیاز به شیوه‌هایی برای ماندن در لحظه حال و ایجاد ثباتی نسبی دارند تا آنگاه دروازه‌های فکر، رفتار یا عمل بیرونی را انتخاب و وارد آن‌ها شوند و بر

توجه آگاهی و فرانشناخت، مقدار Q از ۱۵۸/۷۶۹ به مقادیر کمتر ۲۰/۵۵۶، برای زیرگروه درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد، ۶۱/۷۵۴ برای زیرگروه درمان‌های مبتنی بر توجه آگاهی و مقدار ۵۹/۸۰۲ برای زیرگروه درمان فرانشناخت کاهش پیدا کرده است. همان‌طور مشخص است مقدار Q برای روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با درجه آزادی ۱۴ در سطح ۰/۰۵ غیرمعنی‌دار است اما در خصوص دو روش درمانی دیگر همچنان ناهمگونی وجود دارد. حال با استفاده از مدل اثرات تصادفی، نتیجه تحلیل اندازه اثر ترکیبی فراتحلیل فوق برحسب روش درمان در جدول (۵) نشان داده شده است.

جدول ۵. اندازه اثر ترکیبی مدل تصادفی درمان‌های موج سوم بر

افسردگی

روش درمان	تعداد اندازه اثر	اندازه اثر ترکیبی	فاصله ۹۵٪		مقدار Z
			حد پایین	حد بالا	
پذیرش و تعهد	۱۵	۱/۵۶۵	۱/۱۹۵	۱/۹۳۵	۸/۲۸۶**
توجه آگاهی	۲۶	۱/۲۰۶	۰/۹۵۷	۱/۴۵۴	۹/۵۱۷**
فرانشناخت	۱۴	۱/۸۳۷	۱/۴۸۳	۲/۲۵۱	۱۰/۰۱۶**
کل	۵۵	۱/۵۰۹	۱/۰۹۶	۱/۹۵۸	۶/۹۴۸**

** سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۱

بحث و نتیجه‌گیری

روش فراتحلیل برای جمع‌بندی و سازماندهی اطلاعات و یافته‌های پژوهش‌های پیشین، بسیار مفید است. بنابراین می‌توان با استفاده از روش آماری فراتحلیل و با گزارش اندازه اثر، یکپارچگی نتایج پژوهش‌های قبلی را ممکن نمود [۳۶].

یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر نشان داد که هر سه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مبتنی بر توجه آگاهی و فرانشناخت بر کاهش نشانه‌های افسردگی، در ایران مؤثر هستند و به ترتیب از اندازه اثرهای ۱/۵۶۵، ۱/۲۰۶ و ۱/۸۳۷ در کاهش علائم افسردگی برخوردار هستند که طبق جدول کوهن، این اندازه اثرها، بالا طبقه‌بندی می‌شوند. نتایج پژوهش حاضر در حوزه درمان‌های مبتنی بر توجه آگاهی با یافته دیگر پژوهش‌ها همخوان است [۱۰۳]. در پژوهش فوق، میزان اثربخشی درمان‌های مبتنی بر توجه آگاهی بر افسردگی بیماران مبتلا به سرطان سینه مورد بررسی قرار گرفته شده است و اندازه اثر درمان فوق بر افسردگی ۱/۱۳ گزارش شده است که با یافته‌های پژوهش همخوان است. همچنین در زمینه بررسی میزان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش علائم افسردگی

افسردگی بیماران ایرانی از اثربخشی بیشتری برخوردار هستند. نتایج این فراتحلیل با توجه به شیوع بالای افسردگی در ایران می‌تواند گامی مهم در توسعه و توجه بیشتر بر درمان‌های شناختی رفتاری نسل جدید به‌ویژه درمان فراشناختی و مبتنی بر تعهد و پذیرش در درمان افسردگی محسوب گردد.

از محدودیت‌های فراتحلیل حاضر می‌توان به دسترسی پایین به پژوهش‌های صورت گرفته اشاره نمود. افزایش تعداد نمونه مطالعاتی منجر به افزایش اطمینان به نتایج فراتحلیل می‌گردد. از دیگر محدودیت‌های پژوهش فراتحلیل، نقض در گزارش یافته‌های تحقیقات پیشین است. در فراتحلیل حاضر نیز تعدادی از مطالعات منتشر شده به دلیل گزارش ناقص اطلاعات از پژوهش کنار گذاشته شدند و این موضوع منجر به افزایش خطا و پایین آمدن کیفیت پژوهش گردیده است. بنابراین پیشنهاد می‌گردد تا محققین به هنگام انتشار پژوهش‌های خود تمامی یافته‌ها و نتایج را گزارش نمایند تا امکان انجام پژوهش‌های فراتحلیل با کیفیت بیشتر ممکن گردد. همچنین پیشنهاد می‌گردد میزان اثربخشی دیگر درمان‌های مطرح در زمینه ناهنجاری افسردگی نیز مورد مطالعه قرار بگیرد و در صورت امکان مقایسه‌ای بین آن‌ها نیز انجام شود تا درمانگران با استفاده از اطلاعاتی جامع، روش‌ها و مداخله‌های مفید را انتخاب نمایند.

منابع

- 1- Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Chatterji, S., Lee, S., Ormel, J., Üstün, T. B. & Wang, P. S. (2009). The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 18. pp. 23-33.
- 2- Kessler, R. C. & Bromer, E. J (2013). The epidemiology of depression across cultures. *Annual Review of Public Health*. 34. pp. 119-138.
- 3- Chapman, D. P. & Perry, G. S (2008). Peer Reviewed: Depression as a Major Component of Public Health for Older Adults. *Preventing chronic disease*. 5. pp. 1-9.
- 4- Kessler, R. C. & Üstün, T. B (2004). The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. 13. pp. 93-121.
- 5- Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Posada-Villa, J., Gasquet, I., Kovess, V., Lepine, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S. D., De Girolamo, G., Morosini,

آن اساس تصمیم‌گیری نمایند [۱۰۸]. سوم اینکه نظریه‌های اخیر در حوزه شناختی رفتاری، اساس آسیب‌شناسی روانی را در یکی از کارکردهای بنیادی‌تر شناخت، یعنی توجه جستجو می‌کنند که در درمان‌های شناختی رفتاری کلاسیک توجه چندان به آن نشده است [۱۰].

همچنین پس از مقایسه میزان اثربخشی سه درمان فوق‌الذکر، مشخص گردید که درمان فراشناختی و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش از لحاظ اثربخشی با هم تفاوت معناداری با هم ندارند، ولی درمان فراشناختی به‌طور معنی‌دار نسبت به درمان مبتنی بر توجه‌آگاهی در کاهش علائم افسردگی مؤثرتر بوده است. در تبیین احتمالی این یافته می‌توان گفت که درمان فراشناختی با تأکید بسیار بر باورهای مثبت و منفی فراشناختی، تمرکز بر کاهش فراوانی نشخوار فکری، ایجاد تمایز بین افکاری که باید رها شوند و افکاری که باید متوقف شوند و با اینجا تقویت کنترل اجرایی توانسته است نسبت به درمان‌های مبتنی بر توجه‌آگاهی که بیشتر بر کاهش قضاوتگری افراد تأکید دارد در فرایند بهبود افسردگی بهتر عمل کند [۲۹]. به‌عبارت دیگر، در درمان فراشناختی به‌طور ویژه بر روی کاهش فراوانی نشخوار فکری و نگرانی تأکید می‌شود، در حالی که در درمان مبتنی بر توجه‌آگاهی تأکید ویژه‌ای بر روی کاهش قضاوتگری می‌باشد. در درمان فراشناختی بر روی چالش با باورهای فراشناختی مثبت و منفی تأکید می‌شود، در حالی که در درمان مبتنی بر توجه‌آگاهی تأکید آن‌چنانی بر روی چالش با باورهای بیمار نیست [۱۲]. برای مثال در درمان فراشناختی، به‌جای توجه‌آگاهی از نوعی تکنیک دیگر به نام توجه‌آگاهی انفعالی استفاده می‌شود که شامل نوعی آگاهی‌یابی خفیف و منفعلانه از افکار منفی و رها کردن نگرانی، نشخوار فکری و سایر پاسخ‌های مقابله‌ای مرتبط با آن‌ها می‌باشد، حال آنکه در درمان مبتنی بر توجه‌آگاهی تکنیک توجه‌آگاهی به‌صورت تمرکز بر تنفس انجام می‌گیرد [۶].

بر اساس نتایج فراتحلیلی پژوهش حاضر در زمینه مقایسه اثربخشی کارآزمایی‌های بالینی انجام شده در ایران از سال ۱۳۸۰ تا سال ۱۳۹۶ در درمان علائم افسردگی، می‌توان این‌گونه نتیجه گرفت که از بین درمان‌های نسل جدید شناختی رفتاری، درمان فراشناختی و مبتنی بر تعهد و پذیرش به دلیل توسعه پایدار الگوهای فکری جدید، دست‌یابی به نظام ارزشی یکپارچه، چالش‌ورزی در سطح فراعینی و فراشناختی، توسعه گسلش شناختی و فراآگاهی شناختی، نسبت به درمان‌های توجه‌آگاهی در کاهش علائم

- 16- Dalrymple, K. L., Morgan, T. A., Lipschitz, J. M., Martinez, J. H., Tepe, E. & Zimmerman, M (2014). An integrated acceptance-based behavioral approach for depression with social anxiety: preliminary results. *Behavior Modification*. 39. pp. 1-33.
- 17- Zettle, R. D., Rains, J. C. & Hayes, S. C (2011). Do acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for depression work via the same process: a reanalysis of Zettle and Rains (1989). *Behavior Modification*. 35. pp. 265-283.
- 18- Forman, E. M., Chapman, J. E., Herbert, J.D., Goetter, E. M., Yuen, E. K. & Moitra, E (2012). Using session-by-session measurement to compare mechanisms of action for acceptance and commitment therapy and cognitive therapy. *Behavior Therapy*. 43. pp. 341-354.
- ۱۹- علوی‌زاده، فرانک و شاکریان، عطا. (۱۳۹۵). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش علائم استرس، اضطراب و افسردگی زنان دارای تجربه روابط فرازناسویی (عاطفی، جنسی). *مجله روان پرستاری*، ۴(۶). صص. ۸-۱۴.
- ۲۰- عزیزی، آرمان و قاسمی، سیمین. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی سه رویکرد راه حل مدار، شناختی رفتاری و درمان- مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و کیفیت زندگی زنان مطلقه. *فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان درمانی*، ۸(۲۹). صص. ۲۰۷-۲۳۶.
- ۲۱- نیکو گفتار، منصوره و خانعلی لو، رویا. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نشانه های افسردگی بیماران- زن مبتلا به Multiple sclerosis (MS). *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۱(۱). صص. ۵۹-۶۶.
- ۲۲- صبور، سهیلا و کاکابرابی، کیوان. (۱۳۹۵). اثربخشی گروه درمانی پذیرش و تعهد بر میزان علائم افسردگی، استرس و شاخص‌های درد در زنان مبتلا به درد مزمن. *مجله پژوهشی توانبخشی در پرستاری*، ۲(۴). صص. ۱-۸.
- 23- Teasdale, J. D., Segal, Z. & Williams, J. M (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behavior Research Therapy*. 33. pp. 25-39.
- ۲۴- ولیدی پاک، آذر؛ خدایی، علی و شیخله، شجاع. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت بر کاهش افسردگی بیماران مبتلا به سرطان. *روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۱۴ (۲). صص. ۴۹-۵۷.
- 25- Goldfrin, K. A. & Hearing, C (2010). The effects of mindfulness- based cognitive therapy on recurrence of depressive episodes, Mental Health and quality of life a randomized controlled study. *P. & Polidori, G (2004). WHO World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. Journal of the American Medical Association*. 291. pp. 2581-2590.
- 6- Segal, Z. V., Williams, J. M. G. & Teasdale, J. D (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to relapse prevention*. New York: Guilford.
- 7- Cuijpers, P., Van Straten, A., Warmerdam, L. & Smits, N (2008). Characteristics of effective psychological treatments of depression; A meta-regression analysis. *Psychotherapy Research*. 18. pp. 225-236.
- 8- Wells, A. (2002). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. John Wiley & Sons.
- 9- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford press.
- 10- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. & Wilson, K. G (2012). *Acceptance and commitment therapy: the process and practice of mindful change (2nd Ed.)*. New York: Guilford.
- ۱۱- سهرابی، فرامرز. (۱۳۹۴). روان‌درمانی های موج سوم: خاستگاه، حال و چشم انداز، با تاکید ویژه بر طرحواره درمانی. *فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی ویژه نامه*، ۱۸(۱). صص. ۱-۱۴.
- 12- Herbert, JD. & Forman, EM (2011). The evolution of cognitive behavior therapy: the rise of psychological acceptance and mindfulness. In: J. D. Herbert, & E. M. Forman (Eds.), *Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy: understanding and applying the new therapies*. Hoboken, NJ: Wiley. pp. 3-25.
- 13- Karlin, B. E., Brown, G. B., Trockel, M., Cuning, D., Zeiss, A. M. & Taylor, C.B (2012). National dissemination of cognitive behavioral therapy for depression in the Department of Veterans Affairs Health Care System: therapist and patient-level outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 80. pp. 707-718.
- 14- Karlin, B. E., Walser, R. D., Yesavage, J., Zhang, A., Trockel, M. & Taylor, C. B (2013). Effectiveness of acceptance and commitment therapy for depression: comparison among older and younger veterans. *Aging Mental Health*. 17. pp. 555-563.
- 15- Gaudiano, B. A., Nowlan, K., Brown, L. A., Epstein-Lubow, G. & Miller, I. W (2012). An open trail of a new acceptance-based behavioral treatment for major depression with psychotic features. *Behavior Modification*. 37. pp. 324-355.

- 37- Light, R. J., Pillemer, D. B. (1986). *Summing Up: The Science of Reviewing Research* Harvard University Press: Cambridge, MA, Educational Researcher. 15. pp. 7-16.
- 38- Rosenthal, R (1979). The file drawer problem and tolerance for null results. *Psychological bulletin*. 86. pp. 638-641.
- 39- Lau, J., Ioannidis, J. P., Schmid, C. H. (1997). Quantitative synthesis in systematic reviews. *Annals of internal medicine*. 127. pp. 820-826.
- 40- Borenstein, M., Hedges, L. & Rothstein, H (2007). *Meta-analysis: Fixed effect vs. random effects*. Meta-analysis com.
- ۴۱- اشجع، مهنراز؛ فرح بخش، کیومرث؛ سدرپوشان، نجمه و ستوده، زهرا. (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی رویکرد پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی زنان خانه‌دار شهر تهران. فصلنامه فرهنگی تربیتی زنان و خانواده، ۷(۱۹). صص. ۱۶۷-۱۸۵.
- ۴۲- عازمی زینال، اکرم؛ غفاری، عذرا و شرقی، افشان. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی، سلامت جسمانی و سلامت روانی بیماران همودیالیزی. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۸. صص. ۴۱۲-۴۱۸.
- ۴۳- برادران، مجید؛ زارع، حسین؛ علی پور، احمد و فرزاد، ولی اله. (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و مصاحبه انگیزشی بر کاهش اضطراب، افسردگی، فشار روانشناختی و افزایش امید بیماران مبتلا به فشار خون اساسی. *مجله روانشناسی بالینی*، ۸(۴). صص. ۵۹-۱۰۵.
- ۴۴- دهقانی، یوسف. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر افسردگی و کیفیت زندگی بیماران زن دیالیزی. *مجله روانشناسی بالینی*، ۸(۳). صص. ۱-۹.
- ۴۵- بستامی، مرتضی؛ گودرزی، ناصر؛ دوران، بهناز و تقوا، ارسیا. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد (ACT) بر کاهش علائم افسردگی کارکنان مرد نظامی مبتلا به دیابت نوع ۲. *فصلنامه ابن سینا*، ۱۸(۱). صص. ۱۱-۱۸.
- ۴۶- بهروز، بهروز؛ بوالی، فاطمه؛ حیدری زاده، نسرين و فرهادی، مهران. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم روانشناختی، سبک‌های مقابله‌ای و کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع II. *مجله سلامت و بهداشت*، ۷(۲). صص. ۲۳۷-۲۵۳.
- ۴۷- چراغیان، حدیث؛ حیدری، ناصر؛ قدمی، سید امیر و زارعی، بنت الهدی. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی حین بارداری زنان. *مجله سلامت جامعه*، Behavior Research Therapy. 48(8). pp. 738-746.
- ۲۶- آذرگون، حسین و کجیاف، محمدباقر. (۱۳۸۹). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر کاهش نگرش ناکارآمد و افکار خودآیند دانشجویان افسرده دانشگاه اصفهان. *روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۱۴(۱). صص. ۷۹-۹۴.
- 27- Papageorgiou, C. & Wells, A (2004). Nature, functions, and beliefs about depressive rumination. *Depressive rumination: Nature, theory and treatment*. pp. 1-20.
- 28- Wells, A., Fisher, P., Myers, S., Wheatley, J., Patel, T. & Brewin, C (2009). *Metacognitive Therapy in Recurrent and Persistent Depression: A Multiple-Baseline Study of a New Treatment*. *Cogn Ther Res*. 33. pp. 291-300.
- 29- Wells, A., Fisher, P., Myers, S., Wheatley, J., Patel, T. & Brewin, C. R (2012). *Metacognitive therapy in treatment-resistant depression: a platform trial*. *Behavior Research Therapy*. 50. pp. 367-373.
- 30- Papageorgiou, C. & Wells, A. (2009). A Prospective Test of the Clinical Metacognitive Model of Rumination and Depression. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2. pp. 123-131.
- 31- Dammen, T., Papageorgiou, C. & Wells, A (2015). An open trial of group metacognitive therapy for depression in Norway. *Nordic journal of psychiatry*. 69. pp. 126-131.
- ۳۲- قدم پور، عزت اله؛ عزیزی، امیری و محمدی، جواد. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان فراشناختی ذهن آگاهی انفصالی بر افسردگی پس از زایمان. *مجله آموزش پرستاری*، ۵(۵). صص. ۱۷-۲۱.
- ۳۳- عاشوری، جمال. (۱۳۹۴). مقایسه اثربخشی فراشناخت درمانی و طرحواره درمانی بر کاهش علائم اضطراب و افسردگی دانشجویان پرستاری و مامایی. *مجله علوم پزشکی اراک*، ۱۸(۲). صص. ۵۰-۶۱.
- 34- Dimidjian, S., Davis, K. J. (2009). Newer variation of cognitive behavioral therapy: Behavioral activation and mindfulness-based cognitive therapy. *Curr Psychiatry Rep*. 11. pp. 453-458.
- ۳۵- کاویانی، حسین؛ حاتمی، ندا و شفیعی آبادی، عبدالله. (۱۳۸۷). اثر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی افراد افسرده. *مجله تازه‌های علوم شناختی*، ۱۰(۴). صص. ۳۹-۴۸.
- 36- Howitt, D. & Cramer, D (2005). *An introduction to statistics in psychology*. 3rd ed. edition. (3rd Ed.). Harlow: Pearson/Prentice Hall.

- ۶۴-۵۶. صص. (۲)۹. در افراد مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب. محله پزشکی ارومیه، ۲۴(۹). صص. ۷۳۰-۷۳۹.
- ۴۸- درگاهی، سمیرا و مجتبابی، مینا. (۱۳۹۴). تعیین اثربخشی پذیرش و تعهد درمانی به روش ارتباط اینترنتی بر کاهش میزان افسردگی بیماران مبتلا به سرطان روده. ویژه نامه مجله علوم اجتماعی. صص. ۱۵۵-۱۶۸.
- ۴۹- غلامحسینی، بهاره؛ خدابخشی کولایی، آناهیتا و تقوایی، داوود. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود افسردگی و تصویر بدنی زنان مبتلا به چاقی. مجله سلامت اجتماعی، ۱۲(۱). صص. ۸-۱.
- ۵۰- حر، مریم؛ آقایی، اصغر؛ عابدی، احمد و عطاری، عباس. (۱۳۹۲). تأثیر روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد درمانی بر میزان افسردگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲. مجله تحقیقات علوم رفتاری، ۱۱(۲). صص. ۱۲۱-۱۲۸.
- ۵۱- ایران دوست، فروزان؛ صفری، سهیلا؛ نشاط دوست، حمید طاهر و نادى، محمد علی. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرتبط با درد و افسردگی زنان مبتلا به کمردرد مزمن. مجله علوم رفتاری، ۱۱(۱). صص. ۸-۱.
- ۵۲- ایزدی، راضیه؛ نشاط دوست، حمیدطاهر؛ عسگری، کریم و عابدی، محمدرضا. (۱۳۹۳). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری بر علایم بیماران مبتلا به اختلال وسواس-اجبار. مجله تحقیقات علوم رفتاری، ۱۱(۱). صص. ۱۹-۳۳.
- ۵۳- مولوی، پرویز؛ میکاییلی، نیلوفر؛ رحیمی، ندا و مهری، سعید. (۱۳۹۳). تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اضطراب و افسردگی دانش آموزان دارای ترس اجتماعی. مجله دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، ۱۴(۴). صص. ۴۱۲-۴۲۳.
- ۵۴- رجبی، ساجده و یزد خواستی، فریبا. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به بیماری ام اس. مجله روانشناسی بالینی، ۶(۱). صص. ۳۸-۲۹.
- ۵۵- تاجور رستمی، سجاد؛ رحیمی خوراسگانی، فاطمه و کاظمی، ملیحه السادات. (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد (ACT) بر روی افسردگی و بهزیستی معنوی دختران نابینای شهرکرد. فصلنامه پژوهش های نوین روانشناختی، ۱۱(۴). صص. ۷۵-۸۷.
- ۵۶- جهانگیرپور، مهسا؛ موسوی، ولی اله؛ خسروجاوید، مهناز؛ سالاری، ارسلان و رضایی، سجاد. (۱۳۹۲). تأثیر آموزش گروهی ذهن آگاهی بر کاهش افسردگی، خصومت و اضطراب
- ۵۷- مرادیانی گیزه رود، خدیجه؛ میردریکوند، فضل اله؛ حسینی رمقانی، نسرین و مهرابی، مهناز. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش فرزندپروری مبتنی بر ذهن آگاهی بر اضطراب، افسردگی و پرخاشگری مادران دارای کودک مبتلا به اختلال لجبازی نافرمانی. مجله ارمان دانش، ۲۱(۶). صص. ۵۷۶-۵۹۰.
- ۵۸- نادری، یزدان؛ پرهون، هادی؛ نوری، ربابه؛ محمدخانی، شهرام و تقی زاده، مریم. (۱۳۹۴). اثربخشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشانه های افسردگی و طرحواره های هیجانی زنان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی. دوماهنامه دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، ۹(۴). صص. ۱۸۱-۱۹۰.
- ۵۹- صیدی، پگاه؛ نادری، فرح؛ عسگری، پرویز؛ احدی، حسن؛ مهرابی زاده، مهناز. (۱۳۹۴). اثربخشی ذهن آگاهی مبتنی بر پسخوراند زیستی بر افسردگی، اضطراب و قند خون سه ماهه بیماران مبتلا به دیابت نوع یک. دوماهنامه دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، ۱۹(۷). صص. ۴۰۳-۴۱۲.
- ۶۰- محمدی، جواد؛ میردریکوند، فضل اله و عزیززی، امیر. (۱۳۹۴). درمان ذهن آگاهی بر اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ۲۵(۱۳۰). صص. ۵۲-۶۱.
- ۶۱- عبدالقادری، ماریه؛ کافی، موسی؛ صابری، عالیا و آریاپوران، سعید. (۱۳۹۲). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی رفتاری بر کاهش درد، افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به کمردرد مزمن. مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی شهید صدوقی یزد، ۲۱(۶). صص. ۷۹۵-۸۰۷.
- ۶۲- والا، محبوبه؛ رزمنده، رضوان؛ رامبد، کاملیا؛ نسلی اصفهانی، انسیه و قدسی قاسم آبادی، ربابه. (۱۳۹۴). آموزش گروهی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی، اضطراب، استرس، اعتماد به نفس و هموگلوبین A1c در زنان جوان مبتلا به دیابت نوع ۲. مجله غدد درون ریز و متابولیسم ایران، ۱۷(۵). صص. ۳۸۲-۳۹۰.
- ۶۳- نریمانی، محمد؛ آریاپور، سعید؛ ابوالقاسمی، عباس و احدی، بتول. (۱۳۹۱). اثربخشی روش های آموزش ذهن آگاهی و تنظیم هیجان بر عاطفه و خلق جانبازان شیمیایی. مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک، ۱۵(۲). صص. ۱۰۷-۱۱۸.
- ۶۴- ستارپور، فریبا؛ احمدی، عزت اله و صادق زاده، ساناز. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر کاهش نشانه های افسردگی دانشجویان. مجله دانشگاه علوم پزشکی گرگان، ۱۷(۳). صص. ۸۱-۸۸.

- ۶۵- تیموری، سعید؛ رمضانی، فرزانه و محجوب، نجمه. (۱۳۹۴). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش نشخوار فکری و افسردگی زنان در حال ترک با متادون. فصلنامه اعتیادپژوهی سوء مصرف مواد، ۹(۳۴). صص. ۱۴۵-۱۵۹.
- ۶۶- خالقی پور، شهناز و زرگر، فاطمه. (۱۳۹۳). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی و امید به زندگی مادران کودکان کم توان ذهنی. مجله تحقیقات علوم رفتاری، ۱۲(۲). صص. ۴۴-۵۴.
- ۶۷- حمیدیان، ساجده؛ امیدی، عبدالله؛ پور ابوالقاسمی، راحیل؛ نظیری، قاسم و موسوی نسب، مسعود. (۱۳۹۵). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در ترکیب با دارو درمانی در مقایسه با دارودرمانی بر افسردگی و خشم بیماران مبتلا به اختلال افسرده خویی. مجله مطالعات روان‌شناختی، ۱۲(۳). صص. ۸۳-۱۰۴.
- 68- Mahdavi, A., Yazdanbakhsh, K., Sharifi, M. (2016). The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Reducing Psychological Symptoms, Meta-Worry and Thought Fusion of Multiple Sclerosis Patients. *Annals of Military & Health Sciences Research*, 14. pp. 16-21.
- ۶۹- کاویانی، حسین؛ حاتمی، ندا و جواهری، فروزان. (۱۳۸۷). اثر کاهنده شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افکار خود آیند و نگرش‌های ناکارآمد. فصلنامه پژوهش در سلامت روان‌شناختی، ۲(۲). صص. ۵-۱۴.
- ۷۰- داداشعلی، سمیه و رحمتی، صمد (۱۳۹۴). اثربخشی تمرین‌های ذهن آگاهی ساهاجایوگا بر افسردگی، اضطراب و استرس زنان. فصلنامه پژوهش در سلامت روان‌شناختی، ۹(۳). صص. ۶۴-۵۵.
- ۷۱- طالبی زاده، مقداد؛ شاهمیر، المیرا و جعفری فرد، سلیمان. (۱۳۹۱). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش شدت علائم افسردگی و شیدایی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی. مجله اندیشه و رفتار، ۷(۲۶). صص. ۱۷-۲۶.
- ۷۲- آقا یوسفی، علیرضا؛ اورکی، محمد؛ زارع، مریم و ایمانی، سعید. (۱۳۹۲). ذهن آگاهی و اعتیاد: اثربخشی ذهن آگاهی بر کاهش استرس، اضطراب و افسردگی در سومصرف کنندگان مواد. مجله اندیشه و رفتار، ۷(۲۷). صص. ۱۷-۲۶.
- ۷۳- نادری، یزدان؛ پرهون، هادی؛ حسنی، جعفر و صناعی، هاله. (۱۳۹۴). اثربخشی ذهن آگاهی بر راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان و اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به
- ۷۴- کاظمی، آمنه. (۱۳۹۱). اثربخشی آموزش راهبردهای شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش علائم اختلال استرس پس از ضربه‌ی ثانویه و مشکلات روان‌شناختی همسران افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه. مجله اندیشه و رفتار، ۶(۲۳). صص. ۳۱-۴۲.
- ۷۵- آزاد مرزآبادی، اسفندیار؛ مقتدائی، کمال و آریاپوران، سعید. (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر علائم روان-شناختی جانبازان با اختلال استرس پس از سانحه. مجله علوم رفتاری، ۷(۱). صص. ۶۷-۷۴.
- ۷۶- نریمانی، محمد؛ آریاپور، سعید؛ ابوالقاسمی، عباس و احدی، بتول. (۱۳۸۹). مقایسه اثربخشی آموزش‌های ذهن آگاهی و تنظیم هیجان بر سلامت روان جانبازان. مجله روانشناسی بالینی، ۲(۴). صص. ۶۱-۷۲.
- ۷۷- شیرین‌زاده دستگیری، صمد؛ بشلیده، کیومرث؛ حمید، نجمه؛ مرعشی، علی و هاشمی شیخ شبانی، اسماعیل (۱۳۹۴). اثربخشی شناخت درمانی بر ذهن آگاهی بر نشخوار فکری، افسردگی و کارکردهای اجرایی در بیماران مبتلا به افسردگی. مجله روانشناسی بالینی، ۷(۳). صص. ۳۷-۴۸.
- ۷۸- مهری نژاد، ابوالقاسم و رمضان ساعتچی، لیلی (۱۳۹۵). تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی، خشم و تنظیم هیجانی همسران جانباز. فصلنامه طب جانباز، ۸(۳). صص. ۱۴۱-۱۴۸.
- ۷۹- کاظمیان، سمیه. (۱۳۹۳). اثربخشی روش درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر میزان سلامت عمومی معنادان خود درمانجو. مجله پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری، ۴(۱). صص. ۱۸۱-۱۹۲.
- ۸۰- شریفی درآمدی، پرویز. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشانه‌های افسردگی، اضطراب و نشخوار ذهنی در افراد بزرگسال با اختلال‌های طیف درخودماندگی. فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی، ۴(۱۴). صص. ۹۹-۱۱۸.
- ۸۱- حبیبی، مجتبی و حناساب‌زاده، مریم. (۱۳۹۳). اثربخشی هنردرمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی، اضطراب، استرس و کیفیت زندگی در میان زنان یائسه. مجله سالمند، ۹(۲). صص. ۲۳-۳۱.
- ۸۲- فیضه، دباغی و گودرزی. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش کاهش

- ۹۱- بختیاری، آزاده و عابدی، احمد. (۱۳۹۲). اثربخشی درمان گروهی بر پایه الگو فراشناختی ذهن آگاهی انفصالی بر افسردگی و فشارخون بیماران زن مبتلا به فشارخون. مجله روانشناسی بالینی و مشاوره، ۳(۲). صص. ۲۳-۳۶.
- ۹۲- حسنودی، صبا؛ ولی زاده، مهدی و مهربانی زاده هنرمند، مهناز. (۱۳۹۲). اثربخشی درمان فراشناختی به شیوهی گروهی بر علائم افسردگی و نشخوار فکری. مجله اصول بهداشت روانی، ۱۵(۱). صص. ۷۱-۸۱.
- ۹۳- پرهون، هادی؛ مرادی، علیرضا؛ حاتمی، محمد و پرهون، کمال. (۱۳۹۱). مقایسه ی درمان فعال سازی رفتاری کوتاه مدت و درمان فراشناختی بر کاهش شدت نشانه ها و افزایش کیفیت زندگی بیماران افسرده اساسی. فصلنامه پژوهش در سلامت روانشناختی، ۶(۴). صص. ۳۶-۵۲.
- ۹۴- محمد پور، سمانه؛ رحمانی، سهیلا؛ حاجی رسولیها، زینب؛ روشندل، زهرا و قائدی، فاطمه. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان فراشناختی به شیوه گروهی بر افسردگی و نشخوار فکری زنان مبتلا به سرطان پستان. فصلنامه روانشناسی سلامت، ۵(۱۸). صص. ۲۱-۳۴.
- ۹۵- پورابراهیمی، محبوبه؛ امیر تیموری، رضا و بنی اسدی، حسن. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان فراشناختی، نوروفیدبک و فلوروکسامین بر میزان اضطراب، افسردگی و نشانه‌های افراد مبتلا به اختلال وسواسی- جبری. مجله اندیشه و رفتار، ۱۰(۳۸). صص. ۳۷-۴۶.
- ۹۶- رضوی زاده تبادکان، بی بی زهره و شاره، حسین. (۱۳۹۴). مقایسه اثربخشی گروه درمانی فراشناختی و آموزش گروهی مهارت‌های زندگی بر افسردگی، کیفیت زندگی، سبک پاسخ-دهی نشخواری و فراشناخت‌های زنان مطلقه. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۲۱(۲). صص. ۱۰۸-۱۲۰.
- ۹۷- سبزیان، سعیده. (۱۳۹۳). اثربخشی فراشناخت درمانی بر افسردگی دانش آموزان دختر فرزند شاهد و جانباز. فصلنامه روانشناسی نظامی، ۵(۱۹). صص. ۴۱-۵۰.
- ۹۸- خوش لهجه صدق، انیس. (۱۳۹۶). تأثیر درمان فراشناختی در کاهش علائم افسردگی و اضطراب در بیماران زن مبتلا به یبوست. فصلنامه روانشناسی سلامت، ۶(۱). صص. ۱۱۶-۱۲۸.
- ۹۹- شاکری، محمد؛ پرهون، هادی؛ محمد خانی، شهرام؛ حسنی، جعفر و پرهون، کمال. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان فراشناختی بر علائم افسردگی و کیفیت زندگی بیماران افسرده اساسی. مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، ۷(۲). صص. ۲۵۳-۲۶۴.
- استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در میزان استرس، اضطراب، افسردگی و بهزیستی روان‌شناختی در کارکنان نظامی. فصلنامه روانشناسی نظامی، ۶(۲۱). صص. ۵-۱۴.
- ۸۳- معصومیان، سمیرا؛ گلزاری، محمود؛ شعیری، محمدرضا و مومن‌زاده، سیروس. (۱۳۹۱). اثربخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش افسردگی بیماران مبتلا به کمر درد مزمن. فصلنامه بیهوشی و درد، ۳(۲). صص. ۸۲-۸۷.
- ۸۴- عسکری، محبوبه؛ رادمهر، حامد؛ محمدی، حسین و جهانگیر، امیرحسین. (۱۳۹۵). اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش کیفیت زندگی و کاهش نشانه‌های روان‌شناختی بیماران مبتلا به MS. مجله دانشکده پزشکی اصفهان، ۳۴(۴۱۰). صص. ۱۴۸۸-۱۴۹۵.
- ۸۵- فرهادی، علی؛ موحدی، یزدان؛ کریمی‌نژاد، کلثوم و موحدی، معصومه. (۱۳۹۲). تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی مردان مبتلا به بیماری عروق کرونر. نشریه پرستاری قلب و عروق، ۲(۴). صص. ۶-۱۴.
- ۸۶- قمری کیوی، حسین؛ نادر، مقصود؛ سواری، حسن و اسمعیلی، معصومه. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان شناختی رفتاری و ذهن آگاهی بر سلامت روان مصرف کنندگان کراک. فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد، ۱(۴). صص. ۶۲-۴۷.
- ۸۷- یعقوبی عسگرآباد، اسماعیل؛ بساک نژاد، سودابه؛ مهربانی زاده هنرمند، مهناز و ضمیری نژاد، سمیه. (۱۳۹۲). اثربخشی درمان گروهی فراشناختی (MCT) در علائم افسردگی معنادار تحت درمان نگهدارنده با متادون (MMT) شهر مشهد. مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، ۵(۱). صص. ۱۶۷-۱۷۴.
- 88- Zemestani, M., Davoodi, I., Honarmand, M. M., Zargar, Y., Ottaviani, C. (2016). Comparative effects of group metacognitive therapy versus behavioural activation in moderately depressed students. *Journal of Mental Health*. 25. pp. 479-485.
- ۸۹- عاشوری، جمال. (۱۳۹۴). تأثیر فراشناخت درمانی بر اضطراب فراگیر و افسردگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو. فصلنامه پرستاری دیابت دانشکده پرستاری و مامایی زابل، ۳(۲). صص. ۱۹-۲۹.
- ۹۰- بختیاری، آزاده و عابدی، احمد. (۱۳۹۱). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر الگوی فراشناختی ذهن آگاهی انفصالی بر افسردگی پس از زایمان. فصلنامه روانشناسی کاربردی، ۶(۲). صص. ۹-۲۴.

۱۰۰- شاره، حسین؛ دولتشاهی، مهشید و کاهانی، محمد. (۱۳۹۲). اثربخشی درمان گروهی فراشناختی در بهبود افسردگی، باورهای فراشناختی و پاسخ‌های نشخواری بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی. مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، ۲۱(۱). صص. ۲۱۶-۲۲۷.

101- Song, F., Patrekh, S., Hooper, L., Loke, Y. K., Ryder, J., Sutton, A. J., Hing, C., Kwok, C. S., Pang, C. & Harvey, I (2010). Dissemination and publication of research findings: an updated review of related biases. *Health Technology Assessment*. 14. pp. 1-193.

102- Higgins, J., Thompson, S. G., Deeks, J. J. & Altman, D. G (2003). Measuring inconsistency in meta-analyses [journal article as teaching resource, deposited by John Flynn]. *British medical journal*. 327. pp. 557-560.

103- Zhang, M. F., Wen, Y. S., Liu, W. Y., Peng, L. F., Wu, X. D. & Liu, Q. W (2015). Effectiveness of mindfulness-based therapy for reducing anxiety and depression in patients with cancer: a meta-analysis. *Medicine*. 94. pp. 897-906.

104- Ruiz, F. J (2012). Acceptance and Commitment Therapy versus Traditional Cognitive Behavioral Therapy: A Systematic Review and Meta-analysis of Current Empirical Evidence . *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*. 12. pp. 333-357.

105- Normann, N., van Emmerik, A. A. P. & Morina, N (2014). Efficacy of Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression: a Meta-Analytic Review. *Depression and Anxiety*. 31. pp. 402-411.

106- Hagen, R., Hjemdal, O., Solem, S., Edward, L., Kennair, O., Nordahl, H. M., Fisher, P. & Wells, A (2017). Metacognitive Therapy for Depression in Adult: A Waiting List Randomized Controlled Trial with Six Months Follow-Up. *Clinical and Health Psychology*. 8. pp. 112-121.

107- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T. & Fang, A (2010). The empirical status of the 'new wave' of cognitive behavioral therapy. *Psychiatric Clinics of North America*. 33. pp. 701-710.

108- Kahl, K. G., Winter, L., Schweiger, U. & Sipos, V (2011). The third wave of cognitivebehavioural psychotherapies: concepts and efficacy [in German]. *Fortschr Neurol Psychiatr*. 79. pp. 330-339.